

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA
Escola Superior de Altos Estudos



RELAXAMENTO COMO ESTRATÉGIA NA PSICOPATOLOGIA
BIPOLAR: UM ESTUDO DE CASO

ANA MARGARIDA VARELA FARIA COELHO

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica no Ramo de
Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, Outubro 2013



RELAXAMENTO COMO ESTRATÉGIA NA PSICOPATOLOGIA
BIPOLAR:
UM ESTUDO DE CASO

ANA MARGARIDA VARELA FARIA COELHO

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica no Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Marina Cunha
Coorientadora: Professora Doutora Margarida Pocinho

Coimbra, Outubro 2013

AGRADECIMENTOS

A finalização desta investigação foi uma etapa muito difícil de concretizar. Por esta razão, não poderei deixar de agradecer a todos os que contribuíram para esta vitória. Muitas vezes tive vontade de desistir. Chorei muito. Perdi todas as minhas forças diversas vezes. Mas graças a essas pessoas consegui.

Começo por agradecer a Deus, fonte de vida, pela graça de conceder-me esta vitória.

Um agradecimento muito especial à minha Coorientadora Mestre Margarida Pocinho. Apesar de todas as dificuldades encontradas, conseguiu-se sempre transpor e percorrer o longo caminho de chegada até à meta. Considero que se hoje consegui finalizar esta etapa, adquirindo os conhecimentos que não tinha, os devo à minha Coorientadora. Agradeço toda a sua paciência, tempo, a sua dedicação, a sua valiosa ajuda e disponibilidade incondicional.

À minha orientadora Professora Doutora Marina Cunha, pela tolerância e intervenções pontuais que contribuíram para o meu crescimento.

Quero também agradecer aos meus pais, em especial à minha mãe, pai e marido por todo o apoio dado, pela incondicional ajuda, pela infinita paciência e tolerância e pelo enorme auxílio prestado, mesmo nos momentos de péssimo humor.

Agradeço aos meus amigos, em particular à minha “mana” Ana Luísa Rainho que, mesmo longe, me auxiliou durante todas as dificuldades, dando-me alento e forças que me ajudaram a recuperar as forças que tinha perdido. Assim como também a um eterno e verdadeiro amigo, do qual não vale a pena escrever o nome, chamo-lhe apenas “Anjo”, ele sabe quem é e quanto foi importante para ter chegado à meta.

E por último, mas não com menos valor, um obrigada às minhas colegas de orientação de mestrado, que juntas formámos uma excelente equipa e partilhámos as nossas angústias e frustrações vividas neste tão curto e difícil percurso.

A todos os que não nomeio, mas que sempre prestaram o seu auxílio, fica também expresso o meu eterno reconhecimento.

A todos um Muito Obrigada!

RESUMO

Esta investigação pretendeu pesquisar se o Relaxamento, associado à Terapia Cognitivo Comportamental, contribui para o melhoramento dos sintomas da Perturbação Bipolar em fase Depressiva. É um estudo de caso com uma paciente Bipolar II, em fase Depressiva.

Na recolha dos dados foi usado o AAQ II – Questionário de aceitação e Ação, a BDI - Escala de Beck de Autoavaliação da Depressão, o BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos, a ED – Escala da Derrota, o PANAS – Escala de Afetos Positivos e Negativos, o RRQ – 10 - Questionário de Respostas, a SELFCS - Escala de Auto Compaixão de Neff e a SWLS – Escala de Satisfação com a Vida.

Os resultados permitiram concluir que a técnica de relaxamento é útil na regulação emocional.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo Comportamental, Perturbação Bipolar, Relaxamento.

ABSTRACT

This research aimed to study if the relaxation, associated to the behavioural cognitive therapy, contributes to the improvement of bipolar perturbation symptoms in a depressive phase. This is a case study of a patient with bipolar type II in a depressive phase.

To collect the data it was used the AAQ II (questionnaire of acceptance and action), BDI (Beck's scale of auto evaluation of depression), BSI (Psychopathologic Symptoms Inventory), ED (defeat scale), PANAS (Positive and Negative affection scale), RRQ-10 (answer's questionnaire), SELFCS (Neff's Auto compassion scale) and SWLS (scale of life satisfaction).

The results allowed concluding that the relaxation technique is useful in the emotional regulation.

Key-Words: Behavioural Cognitive Therapy, Bipolar Perturbation and Relaxation.

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
PERTURBAÇÃO BIPOLAR	1
INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA NA FAMÍLIA	2
TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL	2
<i>Relaxamento</i>	3
FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	8
MATERIAL E MÉTODOS	10
RESULTADOS	16
QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	19
DISCUSSÃO	23
BIBLIOGRAFIA	28

ÍNDICE DE TABELA E GRÁFICOS:

Tabela 1: história de internamentos.....	15
Gráfico 1: : Postura e apresentação	16
Gráfico 2: Interação com o terapeuta	17
Gráfico 3:Comportamento Psicomotor.....	17
Gráfico 4: Interesse / Motivação	18
Gráfico 5:Colaboração com o Terapeuta:.....	18
Gráfico 6:Lista de sintomas psicopatológicos	19
Gráfico 7: Psicopatologia geral	19
Gráfico 8: Avaliação da depressão	20
Gráfico 9: Afetos Positivos e Negativos.....	20
Gráfico 10: RRQ - - Questionário de Respostas Ruminativas	20
Gráfico 11:SEFCS - Escala de Auto Compaixão de Neff	21
Gráfico 12: Sentimentos de derrota	21
Gráfico 13: AAQ - Questionário de aceitação e Ação	22
Gráfico 14:Satisfação com a Vida	22

Introdução

Perturbação bipolar

Segundo o dicionário de Português, Bipolaridade significa “qualidade do que é bipolar; estado do que tem dois polos contrários; e perturbação de humor caracterizada por alternância entre estados depressivos e estados de excitação eufórica”(Priberam, 2013).

O conceito de Perturbação Bipolar tem vindo a desenvolver-se desde as suas raízes na Grécia clássica até à atualidade. O conceito moderno foi iniciado por Falret em 1851 e Baillarger em 1856, no entanto, foi Emil Kraepelin que modificou as bases da nosologia psiquiátrica com o seu conceito unitário de “insanidade maníaco-depressiva”. Este conceito subsistiu até aos anos sessenta, altura em que Angst, Perris e Winokur validaram a distinção entre as formas unipolar e bipolar da depressão, corroborando as ideias de Wernicke, Kleist e Leonhard. Mais recentemente, a ostentação mudou novamente para o conceito de espectro bipolar, proposto por Akiskal e colaboradores, que se estende até os limites do temperamento normal (Angst & Marneros, 2001)

Perturbação bipolar é caracterizada por mais do que um episódio bipolar. Existem três tipos de transtorno bipolar: o de Tipo I cuja característica principal é a ocorrência de episódios cíclicos da mania e da depressão; a perturbação Bipolar de tipo II, na qual a característica essencial é a depressão recorrente acompanhada de pelo menos um episódio hipomaníaco; por último, a perturbação Ciclotímica que se caracteriza por estados cíclicos de hipomania e episódios depressivos (Rosenthal, 2008).

Episódios maníacos são caracterizados por um período de alterações de humor, com duração de pelo menos 1 semana (ou qualquer duração se for necessária a hospitalização); Durante o período de perturbação do humor, segundo o DSM-IV-TR, *a Perturbação Bipolar II possui como característica principal a ocorrência de um ou mais episódios Depressivos Major, assistidos pelo menos por um Episódio Hipomaníaco. A presença de um Episódio Maníaco ou Misto coloca de parte o diagnóstico de PB II, devendo os Episódios de Perturbação do Humor Induzida por Substância e Perturbação do Humor Devida a Um Estado Físico Geral ser excluídos para este mesmo diagnóstico. Além disso, tal como na PB I, os episódios não devem ser melhor explicados por uma Perturbação Esquizoafetiva, e não se sobrepõem à*

Esquizofrenia, Perturbação Esquizofreniforme, Perturbação Delirante ou Perturbação Psicótica Sem Outra Especificação.

Os sintomas tendem a causar um mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou numa outra área de interesse. Em certos casos, os Episódios Hipomaniacos não são os causadores de deficiência, sendo que esta resulta dos Episódios Depressivos

Major ou do padrão crónico e imprevisível dos episódios de humor, assim como do funcionamento instável a nível interpessoal ou ocupacional.

Refira-se que a informação fornecida por outras pessoas é muito importante para o estabelecimento deste diagnóstico, pois, normalmente, estes indivíduos quando se encontram num Episódio Depressivo Major não se recordam dos períodos de hipomania.

Intervenção Psicoeducativa na Família

A **intervenção psicoeducativa** tem como objetivo proporcionar uma melhoria na relação entre o sujeito e a família, favorecendo o entendimento e a compreensão, assim como, potencializar os aspetos positivos do sujeito (Cheng & Chan, 2005). Pesquisas indicam que a PB acarreta efeitos negativos nos familiares do sujeito (Perlick, Hohenstein, Clarkin, Kaczynski, & Rosenheck, 2005).

Terapia Cognitiva Comportamental

A **Terapia Cognitiva Comportamental** pode ser definida como um conjunto de intervenções semiestruturadas, objetivas e orientadas para metas, considerando fatores cognitivos e comportamentais (Diehl, Cordeiro, & Laranjeira, 2011).

A técnica utilizada nesta terapia é a entrevista motivacional de Miller e Rollnick, devido à sua componente relacional e interpessoal, com o objetivo de contribuir e ajudar o paciente nos processos de mudança dos comportamentos e sentimentos de ambivalência (Miller & Rose, 2009).

Como objetivo principal da mesma, temos o auxílio no desenvolvimento de estratégias para encarar as situações que colocam em risco a capacidade de alcance dos objetivos estabelecidos durante a terapia (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

Um estudo veio demonstrar que esta terapia resulta na diminuição do risco de recorrência e da sintomatologia residual na Bipolaridade (Jones, Sellwood, & McGovern, 2005).

No processo terapêutico são estabelecidos objetivos juntamente com o sujeito, que devem ser comportamentais, suscetíveis de manuseamento. As consultas são estruturadas de forma a garantir a reflexão do sujeito em relação a conceitos formulados por ele, assim como a definição de tarefas destinadas a alcançar os objetivos preestabelecidos, de forma a auxiliar o sujeito na aquisição de habilidades específicas para a solução dos problemas(Araújo & Shinohara, 2002).

Todo o tipo de terapias deve assegurar uma boa relação terapêutica, que inclui, entre outros aspetos, a capacidade empática do terapeuta, uma postura de respeito, interesse e compreensão dos problemas trazidos pelo sujeito para que este se sinta acolhido e atendido em todas as suas necessidades (Araújo & Shinohara, 2002).

Relaxamento

Desde a antiguidade clássica até aos nossos dias as técnicas de **relaxamento** são, amplamente, reconhecidas e a sua evolução e sua consolidação como procedimento de intervenção psicológica, deveu-se ao impulso que receberam dentro da terapia comportamental, ao serem conjugadas com outras técnicas, por exemplo a dessensibilização sistemática ou a própria técnica (Smith, 1990).

Atualmente a utilização de técnicas de relaxamento, respiração diafragmática, meditação, entre outras, são muito utilizadas na prática de Terapia Cognitivo Comportamental (Neto, 2003).

O relaxamento implica um estado de reduzida ativação fisiológica que proporciona um elevado descanso corporal e uma grande tranquilidade mental. Assim, o relaxamento é concetualizado como um processo psicofisiológico de carácter interativo, onde as manifestações fisiológicas e psicológicas interagem como partes integrantes do processo (Serra, 1999, 2005)

De uma forma geral, o relaxamento aumenta a vitalidade, melhora a capacidade de aprendizagem, maior tranquilidade na realização das tarefas quotidianas, o equilíbrio interno, a clareza da consciência, maior controlo da dor, melhora a capacidade de concentração e memorização, maior capacidade de automonitorização, diminui a agressividade, favorece o bem-estar emocional, contribuindo para o aumento da clareza e organização do pensamento (Dias, 2007).

Contextos e procedimentos de aplicação: questões práticas

O relaxamento é utilizado frequentemente como meio de controlo da ansiedade, particularmente quando nela predomina o componente vegetativo. Mas a técnica não se faz no vácuo, mas num ambiente que atua como um elemento fundamental para o diálogo entre o paciente e o terapeuta, onde a disposição e a funcionalidade dos seus elementos, concretos ou subjetivos, intervêm no decorrer do processo terapêutico. O ambiente a que nos referimos denomina-se *setting* terapêutico (Cardoso, 2009; Ramos & Chun, 2009).

O setting terapêutico é uma questão muito importante, pois tem que se ter em conta que o sujeito deve estar num local calmo e tranquilo, livre de ruídos livre e de possíveis interrupções, sendo aconselhável que o ambiente esteja meio escurecido. Avaliar os resultados alcançados deve também ser tido em conta ao longo do relaxamento.

O relaxamento tem como objectivo potenciar uma resposta de relaxamento, de reduzida activação, antagónica a uma resposta de *stress* de luta ou fuga (Smith, 1990), por isso, o terapeuta deverá estar atento à presença de alguns sinais (e.g. tensão muscular, movimentos estranhos, movimento das pálpebras, lábios comprimidos, respiração rápida, entre outros). Estes sinais poderão significar que o sujeito está a ter dificuldade em atingir o relaxamento, sendo esta uma consequência de certas condições que o perturbam. O fim da sessão tem que abarcar duas formas, a parte física e a psicológica. Este terminar de sessão, corresponde ao momento em que o sujeito conseguiu conquistar o relaxamento muscular. Torna-se relevante que o indivíduo fique calmo e descontraído, sob o ponto de vista psicológico (Serra, 2005).

Relaxamento progressivo de Jacobson (Anexo 1)

A técnica de Relaxamento Muscular Progressivo foi introduzida por Jacobson em 1929 e foi evoluindo ficando completa em 1964. Com esta psicoterapia fisiológica Jacobson demonstra que combatendo a presença de tensão muscular durante os estados emocionais, levava à diminuição progressiva da actividade muscular, alcançando uma redução da tensão psíquica (Serra, 1999). Esta abordagem é essencialmente fisiológica, postulando a existência de uma relação direta entre o relaxamento muscular e a redução da atividade elétrica cerebral. Deste modo, atuando ao nível do sistema muscular é

possível exercer um controlo direto sobre os estados mentais (O'Donohue, Fisher, & Hayes, 2003).

De uma forma genérica, esta técnica de relaxamento consiste na contração e descontração dos 18 principais grupos musculares, um de cada vez e progressivamente. Através deste processo ocorre um fenómeno de relaxamento natural que sucede a uma tensão forte no músculo, bem como uma focalização da atenção nas sensações associadas aos diferentes estados de tensão e descontração (O'Donohue et al., 2003).

Treino autogénico de Shultz (Anexo 2)

Shultz, professor de Neurologia e Psiquiatria, trabalhava com sujeitos psicóticos onde utilizava a hipnose. Em virtude da sua experiência, apresentou um método de relaxamento designado de “treino autogénico”, no qual empregava técnicas sugestivas e interpretações psicanalíticas. Esta técnica surge em 1932 na Alemanha e é elaborada a partir das manifestações psicofisiológicas da hipnose, ou seja o sono, sensação de peso e de calor, etc. (O'Donohue et al., 2003).

É uma das técnicas mais conhecidas de relaxamento e consiste numa série de frases que induzem a autossugestão e proposição de bem-estar. Com efeito, esta técnica é um tipo de auto hipnose e sugere um percurso de descontração e indução de sensações corporais, tomada de consciência da forma e volume dos membros, do seu peso, assim como do calor, da respiração, do ritmo cardíaco. A pessoa deita-se numa posição confortável e auto-instrui-se repetidas vezes. Considera-se então uma técnica de autossugestão em que o indivíduo induz o seu próprio estado de relaxamento (O'Donohue et al., 2003).

Luebbert, Dahme e Hasenbring (2001) realizaram um estudo de metanálise onde utilizaram estudos experimentais randomizados com o objetivo de avaliar o ajustamento emocional por relaxamento e concluíram que o relaxamento apresenta efeitos positivos significativos para os sintomas relacionados com o tratamento de doenças oncológicas. Os autores comprovaram também, que o relaxamento tem um efeito significativo sobre a depressão e outras variáveis como ajustamento emocional, ansiedade e hostilidade. Dois dos estudos incluídos nesta metanálise apontam para um significativo efeito de relaxamento na redução da tensão e melhoria do humor geral. Os estudos também revelam que o tipo de técnica utilizada no relaxamento, a formação, o tempo do tratamento, a relação entre o profissional e o paciente (intensidade de intervenção) e a

programação da intervenção (oferecida em conjunto, ou independente de outros tratamentos) foram relevantes para o efeito do relaxamento na ansiedade. As combinações entre as terapias médicas e o relaxamento (independentemente do tratamento médico) provaram ser significativamente mais eficazes para o controle da ansiedade, do que as técnicas não combinadas (Luebbert, Dahme, & Hasenbring, 2001).

Miller (2011) num estudo com grupo de controlo investigou se o relaxamento, originalmente projetado para reduzir a ansiedade, podia ser utilizado como uma forma de reduzir os sintomas maníacos e concluiu que os pacientes bipolares que experimentaram uma indução de humor positivo foram bem-sucedidos. Os participantes que praticavam relaxamento entre as duas sessões tendiam a experienciar maior redução nos sintomas da doença, quando comparados com aqueles que não a praticavam. Concluiu ainda que as pessoas com perturbação bipolar podem ter estratégias eficazes para regular as suas emoções de forma positiva, sugerindo que pode ser mais proveitoso desenvolver métodos, nomeadamente de relaxamento, para ajudar estas pessoas implementar as estratégias que já têm, em vez de ensinar estratégias adicionais.

Questões controversas

O relaxamento pode ser eficaz na diminuição da ansiedade mas também a pode desencadear como resposta adversa a esta técnica. Segundo o modelo de redução da ativação, a ansiedade ocorre se a técnica for aplicada de um modo errado relativamente à resposta de ativação, por exemplo usar uma técnica somática (e.g. relaxamento progressivo) para ativação cognitiva (Smith, 1990).

Borkovec e Costello (1993) estudaram a eficácia do relaxamento aplicado na terapia cognitivo-comportamental, no tratamento das perturbações de ansiedade generalizada e concluíram que apesar do relaxamento contribuir para uma melhoria dos sintomas, não se pode garantir que promovem mudanças no comportamento, sugerindo mais investigação nesta área. Uma metanálise levada a cabo por Siev e Chambless (2007) revelou que a terapia de relaxamento funcionava melhor quando associada à terapia cognitivo-comportamental, em especial nos doentes com crises de pânico sem agorafobia. A este propósito Gouveia, Carvalho e Fonseca (2007) referem que a eficácia das técnicas de relaxamento dependem da fase em que são utilizadas, aconselhando o seu uso apenas nas fases iniciais da crise para reduzir os sintomas (e.g. taquicardia).

O efeito que estas técnicas podem provocar a alguns doentes devido ao aumento da atenção autofocada associada ao relaxamento, que pode ser, por si só, desencadeador de

uma crise de pânico, e o comportamento de segurança auto induzido são os aspectos mais controversos desta terapia que leva os cognitivo-comportamentalistas a aconselhar ponderação e análise casuística na utilização destas técnicas (Gouveia et al., 2007).

Formulação do problema

A revisão da literatura tem demonstrado que as pessoas com a perturbação bipolar (PB) experienciam regularmente sintomas angustiantes, apesar do tratamento. Esta assunção parece tão verdadeira para a fase maníaca como depressiva da doença (Miller, 2011). Os modelos de tratamento psicossocial parecem particularmente direcionados para a prevenção da mania e vários estudos tem sugerido mais pesquisa para identificar os mecanismos específicos envolvidos na mania, bem como o desenvolvimento de intervenções mais voltadas para este mecanismos. Alguns destes mecanismos apresentam semelhanças conceptuais entre a mania e a ansiedade sugerindo que essas semelhanças podem ser um mecanismo promissor na direcção da prevenção da mania e aumentar e melhorar os tratamentos existentes. Finalmente, a perturbação bipolar apresenta muitas vezes uma concentração e um funcionamento executivo diminuídos, em especial, quando aumentam os sintomas maníacos. Estes estudos sugerem que a simples intervenção de rotina que não exige elevados níveis de concentração ou funções executivas pode ser útil. (Antoni, Ironson, & Schneiderman, 2007; Bernstein & Borkovec, 1973)

Diversas discussões têm-se verificado, no campo da psicologia, no que se refere à melhor forma de testar, agrupar e disseminar tratamentos para as várias perturbações. Num extremo estão os tratamentos clássicos conceptualizados e agrupados em manuais que funcionam como guias para a saúde mental. Do outro lado estão aqueles que investigam intervenções específicas que podem ser facilmente integrados nos tratamentos existentes (Miller, 2011; Pachankis & Goldfried, 2007; Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004).

É neste último espírito ou pólo, que nos situamos, fazendo assim, parte do processo de tratamento e prevenção da recidiva destes doentes.

Partindo da sugestão de Miller (2011) o objetivo principal deste estudo foi implementar e dotar uma paciente com perturbação bipolar de estratégias de relaxamento e avaliar em que medida esta terapia diminui a severidade da psicopatologia bipolar.

As questões orientadoras deste estudo foram os seguintes.

- (1) Será que após um mês de aplicação da terapia de relaxamento (duas sessões semanais) a paciente com PB irá experimentar uma melhoria nos sintomas psicopatológicos?
- (2) Será que após um mês de aplicação da terapia de relaxamento (duas sessões semanais) a paciente com PB irá experimentar um aumento dos afetos positivos e diminuição dos negativos?
- (3) Será que após o período de acompanhamento (4 semanas) a paciente com PB irá experimentar um aumento da reflexão e diminuir a ruminação?
- (4) Será que após o período de acompanhamento (4 semanas) a paciente com PB irá experimentar um aumento da compreensão e diminuir autocrítica, isolamento e sobre identificação?
- (5) Será que após o período de acompanhamento (4 semanas) a paciente com PB irá experimentar um aumento da aceitação e satisfação com a vida e de diminuição do sentimento de derrota?

Material e métodos

Este estudo foi realizado no âmbito do estágio integrado no Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga e todos os procedimentos foram aprovados pelos orientadores e supervisores do referido estágio. Obteve-se também autorização da parte da Direção da Instituição, a quem foi exposto, não apenas os objetivos, mas também os métodos e os procedimentos (Anexo 3). À paciente em estudo, foi explicitado oralmente e por escrito, os objetivos do estudo, o carácter voluntário da participação, bem como o papel do investigador naquele processo, tendo, também ela, assinado o consentimento informado do estudo (Anexo 4). A todos foi garantida a confidencialidade dos dados fornecidos.

Para esta investigação foram pedidas autorizações dos seguintes instrumentos e materiais (Anexo 5):

AAQ-II; *Questionário de Aceitação e Ação – II* (Anexo 6); validado para a população portuguesa por Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis e Xavier (2012). Este questionário, derivado do original AAQ foi construído por Hayes et al. (2004) e variava entre 9 e 16 itens dependendo da versão. O construto era unidimensional e o instrumento largamente utilizado por terapeutas e investigadores das mais diversas áreas. No entanto, na maior parte dos estudos, a consistência interna era apenas satisfatória ($\alpha=0,70$) e a consistência temporal ainda menos satisfatória. Este facto foi atribuído pelos autores à variação do número de itens, e por isso a necessidade de desenvolver uma versão psicometricamente mais consistente. A AAQ-II nasce desta necessidade e a versão original é composta por 7 itens e foi testada em 2816 participantes. Revelou melhores índices de fidedignidade mantendo a validade da anterior (Bond et al., 2011). Na versão portuguesa (Pinto-Gouveia et al., 2012) o AAQ-II mantém os 7 itens e revelou uma estrutura unidimensional com uma consistência excelente ($\alpha= 0,90$) sendo descrito pelos autores como uma medida de “flexibilidade psicológica”, que reflete o grau de aceitação das experiências internas avaliadas negativamente (e.g., pensamentos, emoções, sensações, memórias), com vista a persecução de objetivos valorizados.

O Inventário Depressivo de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), (Anexo 7). É um inventário de autorresposta constituído por 21 grupos de sintomas e atitudes que identificam e avaliam a severidade dos sintomas depressivos. A sintomatologia depressiva aparece organizada em seis tipos de sintomas: afetivos, cognitivos, motivacionais, delirantes, físicos e funcionais (padrão de sono, apetite, peso e líbido). Cada item apresenta entre quatro a seis afirmações, ordenadas segundo a severidade do sintoma. A classificação, dentro de cada grupo, oscila entre o valor zero e três. A tarefa do sujeito consiste em escolher a afirmação que está mais próxima do seu estado atual. O estudo das suas propriedades psicométricas mostrou que é um instrumento com boa fidedignidade. Vinte cinco anos de avaliação das propriedades psicométricas deste inventário mostraram fidedignidades e validades elevadas (Aaron T. Beck, Steer, & Carbin, 1988). As pontuações totais podem ir de 0 a 63, com as mais altas a corresponderem ao estado de maior depressão. A cotação do instrumento, além da pontuação global, permite ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada da seguinte forma: 1) não deprimido: 0-9; 2) estados depressivos leves: 10-20; 3) depressão moderada: 21-30; e 4) depressão grave: pontuação global superior a 30. O tempo médio de preenchimento do BDI é de 7 minutos. Utilizámos a versão portuguesa, aferida por Serra e Abreu (1973) que demonstrou boas qualidades psicométricas.

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos de auto – resposta que é constituído por 53 itens, sendo uma versão abreviada do SCL-90-R (SCL-90R, *Symptom Check List - 90 - Revised*; Derogatis, 1994), (Anexo 8). Este inventário avalia os sintomas psicopatológicos e é constituído por nove dimensões e três índices globais: Somatização (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), Obsessões-Compulsões (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36), Sensibilidade Interpessoal (itens 20, 21, 22 e 42), Depressão (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50), Ansiedade (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49), Hostilidade (itens 6, 13, 40, 41 e 46), Ansiedade Fóbica (itens: 8, 28, 31, 43 e 47), Ideação Paranóide (itens: 4, 10, 24, 48 e 51), Psicoticismo (itens: 3, 14, 34, 44 e 53), Índice Geral de Sintomas, Índice de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos. Os estudos psicométricos efetuados na versão portuguesa revelaram que esta apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de alfa entre .62 (psicoticismo) e .80 (somatização) e coeficientes de teste-

reteste entre 0.63 (ideação paranóide) e 0.81 (depressão). É também adequado o comportamento dos itens na escala a que pertencem e os índices de fiabilidade das escalas (Canavarro, 2007).

A Escala de Derrota (ED) foi desenvolvida por Gilbert e Allan (1998), (Anexo 9). A escala revelou uma estrutura unidimensional na análise factorial e uma boa consistência interna, entre 0.89 e 0.93. A estabilidade teste-reteste, a validade convergente, assim como a validade de construto mostraram-se adequadas. Trata-se de um instrumento destinado a medir os sentimentos de derrota dos sujeitos. É uma escala com 16 itens e 5 categorias de resposta: 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = algumas vezes, 3 = frequentemente, 4 = sempre. A sua pontuação varia de 0 a 64, significando que quanto mais elevada, mais intenso o sentimento de derrota. As características psicométricas (alfa de Cronbach entre 0.90 e 0.93) mostraram ser adequadas para a utilização deste instrumento na população portuguesa em contextos clínicos e não clínicos (Carvalho, Pinto-Gouveia, Castilho, Pimentel, & Maia, 2011).

Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS) de Watson, Clark e Tellegen (1988), (Anexo 10), foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro (2005), (Anexo 10). A escala surge da necessidade de desenvolver medidas breves, fáceis de administrar e válidas, para avaliar o afecto positivo e negativo. Com este fim, os autores desenvolveram duas medidas com 10 itens, que incluem a lista de afetos positivos e a lista de afetos negativos que constituem a PANAS. O Alpha de Cronbach para a escala de afecto positivo da escala original foi de 0,88 e para a escala de afecto negativo de 0,87. A versão portuguesa obteve um $\alpha=0,86$ para os afetos positivos e $\alpha=0,89$ para os negativos.

O Questionário de Respostas Ruminativas – versão reduzida (*Ruminative Responses Scale*; RRQ-10) de Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema (2003), (Anexo 11), mede a frequência com que os respondentes tendem a ruminar em resposta ao seu humor depressivo. Esta versão é composta por 10 itens que se dividem por dois fatores, e que são avaliados numa escala de resposta que varia entre 1 (“quase nunca”) e 4 (“quase sempre”). A escala, na versão original, tem duas dimensões e revelou, uma consistência aceitável de 0.77 na dimensão cismar e de 0.72 na

dimensão reflexiva. O RRQ-10 foi traduzido e adaptado Dinis, Gouveia, Duarte e Castro (2011) e manteve as mesmas dimensões. Os valores de consistência interna obtidos foram elevados, sendo de 0.76 para a dimensão cismar e de 0.75 para a dimensão reflexiva.

A Escala de Auto Compaixão (*Self-Compassion Scale* – SELFCS), (Anexo 12), foi desenvolvida por Neff (2003) a qual procura medir o conceito de auto-compaixão tal como a autora o definiu. A SELFCS é composta por três componentes duplas, que apesar de distintos, interagem entre si: calor/compreensão (versus autocrítica); condição humana (versus isolamento); e Mindfulness (versus sobre identificação). O constructo da auto - compaixão, foca-se assim, na postura emocional que o indivíduo tem perante si próprio quando confrontado com dificuldades. Esta escala é constituída por 26 itens, organizada nas 6 subescalas supracitadas. Foi traduzida e Adaptada por Castilho e Pinto-Gouveia (2011). A escala original apresenta uma boa consistência interna (0,92) e fidelidade temporal (0,93), evidenciando igualmente a versão portuguesa uma boa consistência interna (0,82) (Neff, 2003; Castilho & Pinto-Gouveia, 2001).

Escala de Satisfação com a Vida – SWLS (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin; versão portuguesa de Simões, 1992), (Anexo 13). A Escala de Satisfação com a Vida foi originalmente construída por Diener et al., 1985, a partir de um conjunto de 48 itens, tendo sido posteriormente reduzida para 5 com 7 opções de resposta, mantendo índices de fidelidade e validade aceitáveis (Simões, 1992). A escala utilizada neste trabalho é a versão portuguesa de Simões (1992), composta pelos mesmos 5 itens que a versão original, mas pontuada numa escala de 5 pontos: discordo muito (1); discordo pouco (2); nem concordo, nem discordo (3), concordo um pouco (4); concordo muito (5). A passagem de 7 alternativas de resposta (na versão original) para 5 teve o objetivo de simplificar e tornar a escala mais acessível a pessoas com escassas aptidões culturais, tendo presente o facto de não colocar em risco as suas propriedades psicométricas (Simões, 1992). Os scores obtidos variam de 5 a 25, sendo que quanto mais elevado, mais elevada será a satisfação com a vida. A validação portuguesa da SWLS, realizada por Simões (1992), apresenta um alfa de Cronbach de 0,77 e da análise fatorial emergiu um único fator.

Caso clínico

O caso em estudo e denominámos de Glória Mofino, nome fictício, com 53 anos, Portuguesa, divorciada, a viver na companhia de duas cadelas, mas com 2 filhas, chegou com Diagnóstico psiquiátrico de Perturbação Bipolar Tipo II em Fase Depressiva, apresentando os critérios A, B, D e E, inscritos no DSM-IV-TR e que a seguir apresentamos.

“A. Presença de um ou mais Episódios Depressivos Major;

B. Presença de pelo menos um Episódio Hipomaníaco;

D. ≠ Perturbação Esquizoafetiva, não se sobrepõe a Esquizofrenia, Perturbação Esquizofreniforme, Delirante ou Psicótica;

E. Os episódios de humor provocam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional”

Glória Mofino, passou a sua infância e adolescência na Sertã com os pais, com quem sempre teve uma excelente relação; Foi uma aluna brilhante e Casou em 1980; com quem tinha uma boa relação. Em 1982 conseguiu ingressar na Função Pública, onde, ainda hoje, trabalha. Em 1988 nasce a primeira filha e em 1992 nasce a segunda. Foram duas crianças muito bem recebidas por ambos os progenitores e com ótima relação.

Começou a sentir algum stress no início de 2007, quando, no trabalho, os programas de computador foram alterados e entraram novas colegas; Não se conseguiu adaptar-se a nenhuma das situações. Começou a beber álcool e as filhas aperceberam-se que a mãe não andava bem e a relação dos pais estava a passar por um mau momento; começou a sentir-se só e a beber cada vez mais;

O stress começou a agravar e é internada devido ao álcool; O marido estabeleceu-lhe objectivos (prazos) que ela não cumpriu e saiu de casa. Pouco tempo depois o marido envolve-se com a melhor amiga de Glória Mofino. Ainda assim, ela sente a falta dele.

As filhas deixam de viver com a mãe, não querendo sequer saber dela e ficam com o pai. Em Março de 2007 dá entrada, pela primeira vez, na Casa de Saúde de onde saiu quando ficou mais equilibrada, mas recaiu 4 vezes, o que resultou em 4 novos internamentos que sintetizamos de seguida.

Tabela 1: história de internamentos

Internamento	<u>Diagnóstico de entrada:</u>	<u>Diagnóstico de saída:</u>	<u>Tratamento</u>
1 (2 meses)	Perturbação Bipolar em fase hipomaníaca Episódio Depressivo grave sem	Perturbação Bipolar melhorada Episódio Depressivo	Farmacológico
2 (3 meses)	sintomatologia psicótica; Perturbação da Personalidade	grave sem sintomas psicóticos.	Farmacológico
3 (2 meses)	Episódio Depressivo Major recorrente se sintomas psicóticos	Episódio Depressivo Major recorrente	Farmacológico
4 (1 mês)	Episódio Depressivo recorrente	Episódio Depressivo Major recorrente	Farmacológico com pedido de apoio psicológico
5 (5 meses)	Episódio Depressivo Major recorrente	Perturbação Bipolar melhorada	Farmacológico e psicológico

Como se pode observar, a intervenção só foi possível no quinto internamento.

Plano psicológico: Abordar novas estratégias para lidar com os conflitos entre as filhas e no local de trabalho e levantar a autoestima.

Foi feita uma intervenção familiar, com as filhas, no sentido de compreenderem a lidar da melhor forma com as crises e o comportamento hipomaníaco da mãe, sobretudo os conflitos em excesso desnecessários. Utilizámos a técnica de Relaxamento mental, com abstração seletiva, figura/fundo, cinestésias com movimentos em todas as direções bem como sugestão de cenários (Anexo 14).

Resultados

A apresentação dos resultados teve em conta numa primeira fase, a análise da evolução ao longo de todas as sessões dos parâmetros: postura e apresentação, interação com o terapeuta, comportamento psicomotor, interesse / motivação e colaboração com o terapeuta. Num segundo momento tentou-se responder às questões que deram origem ao estudo (Anexo 15). Assim, foi feita a primeira avaliação no início do plano terapêutico e no final (4 semanas depois) as seguintes dimensões:

- (1) Sintomas psicopatológicos;
- (2) Sintomas depressivos;
- (3) Afetos positivos e negativos;
- (4) Respostas ruminativas;
- (5) Auto compaixão;
- (6) Intensidade da derrota;
- (7) Aceitação/ ação;
- (8) Satisfação com a vida.

Glória Mofino foi uma paciente que se apresentou em todas as consultas muito apresentável e com uma aparência muito cuidada. Na comunicação e relação com o terapeuta, podemos concluir que melhorou, visto que sentia um maior à vontade para falar de qualquer assunto.

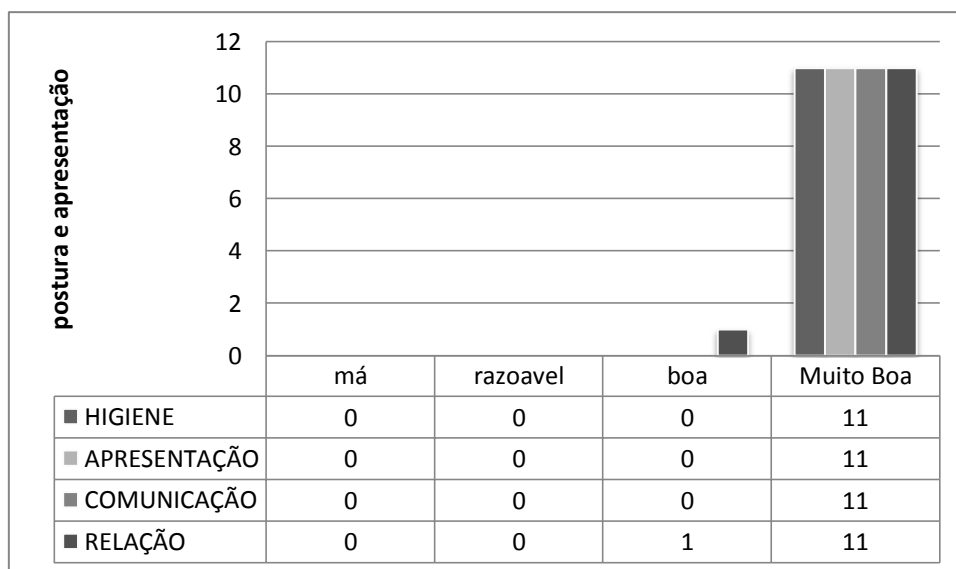


Gráfico 1: Postura e apresentação

Na interação com o Terapeuta é visível que teve um maior número de momentos de empatia do que o oposto.

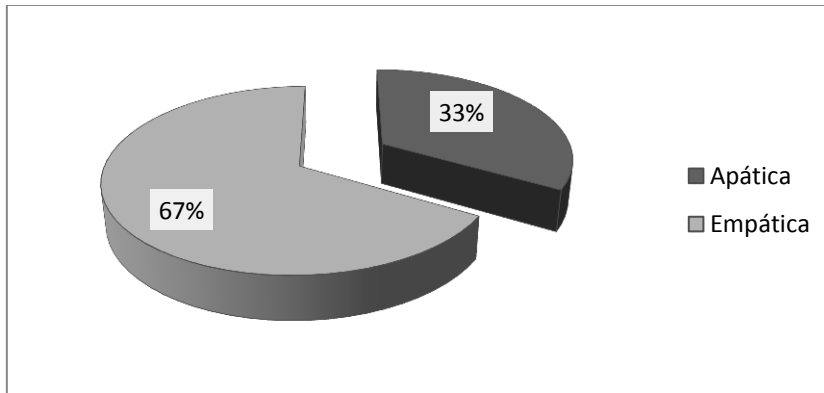


Gráfico 2: Interação com o terapeuta

No comportamento psicomotor, Glória Mofino, foi mais vezes expressiva do que pouco ou exageradamente. O fator irrequieta também não é muito visível nesta paciente.

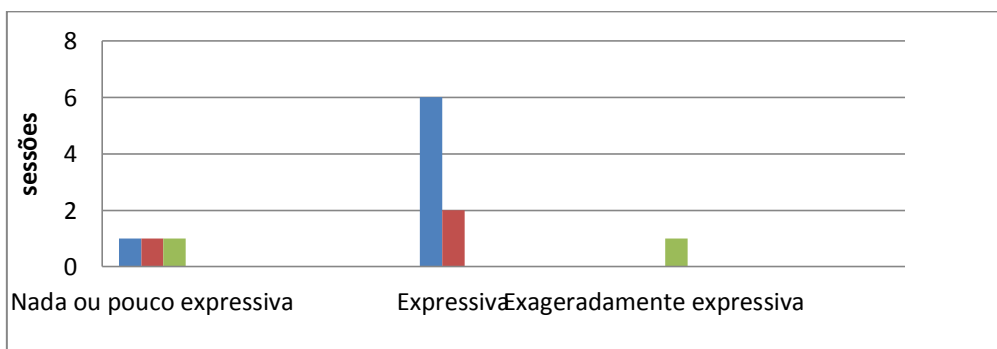


Gráfico 3: Comportamento Psicomotor

O gráfico que se segue ilustra que a paciente oscilou entre os vários níveis de interesse e motivação. O interesse tende para o lado positivo, contudo a desmotivação venceu pois a Glória Mofino inicialmente não tinha objetivos de vida, mas mudou quando conseguimos melhorar a relação com as filhas. Aí passou a sentir-se inspirada. Em conjunto com as filhas foi dada uma visão do processo do tratamento da Glória, discutimos os direitos da mãe como por exemplo, a qualidade dos cuidados médicos e o sigilo. Esclarecemos responsabilidades específicas da paciente no processo de terapia,

bem como, responsabilidades específicas dos profissionais em redor da mesma. As responsabilidades da família também foram discutidas, devendo estar atenta a sintomas e prestar encorajamento e suporte a Glória Mofino. Foi também feita uma proposta para realizar um conjunto de tarefas a realizar em regime de ambulatório.

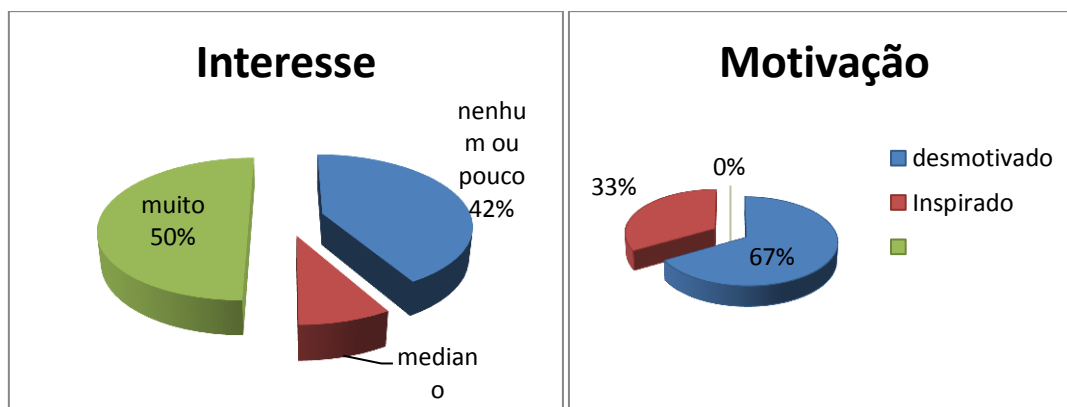


Gráfico 4: Interesse / Motivação

No que se reporta à colaboração foi quase sempre irrepreensível, havendo dias em que não estava com a mínima vontade de colaborar ou de estar na consulta, mas nunca se levantou ou pediu para sair mais cedo.

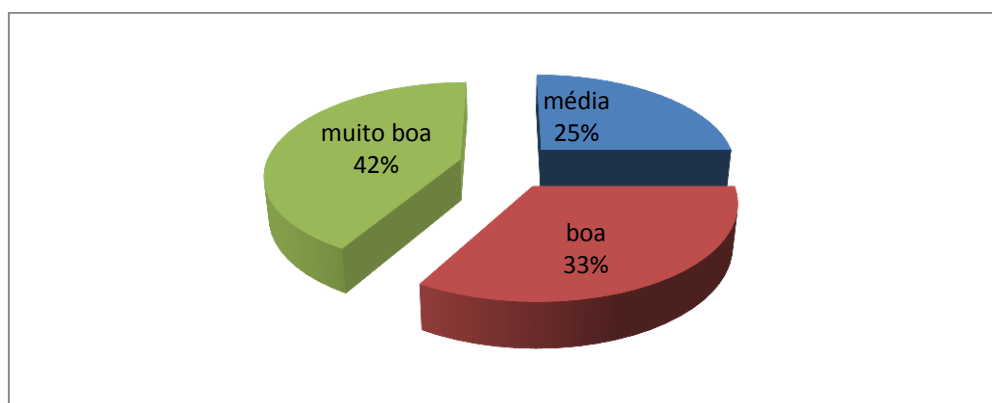


Gráfico 5: Colaboração com o Terapeuta:

Questões de investigação

Apos a descrição do ambiente terapêutico, passamos ao segundo momento de avaliação da doente. Como já se referiu a paciente foi avaliada no início e no fim do plano terapêutico no que se refere a um conjunto de sintomas e estados emocionais e os resultados comparados. É essa comparação que apresentaremos de seguida.

BSI- Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Como se pode observar a paciente melhorou os sintomas psicopatológicos Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo

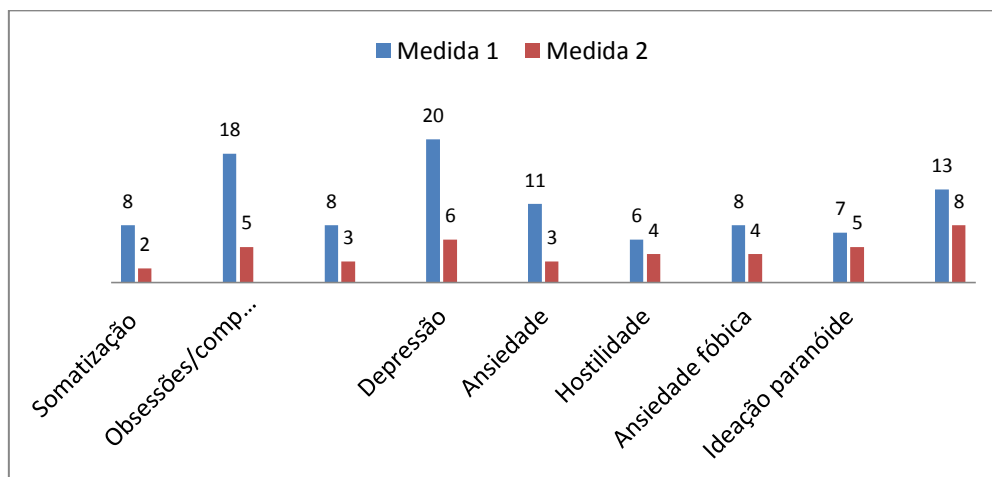


Gráfico 6: Lista de sintomas psicopatológicos

Como se pode observar o tratamento psicológico com técnicas de relaxamento produziu um nível de sintomatologia mais baixo, de tal forma que o índice geral de sintomas passou de patológico a normal.

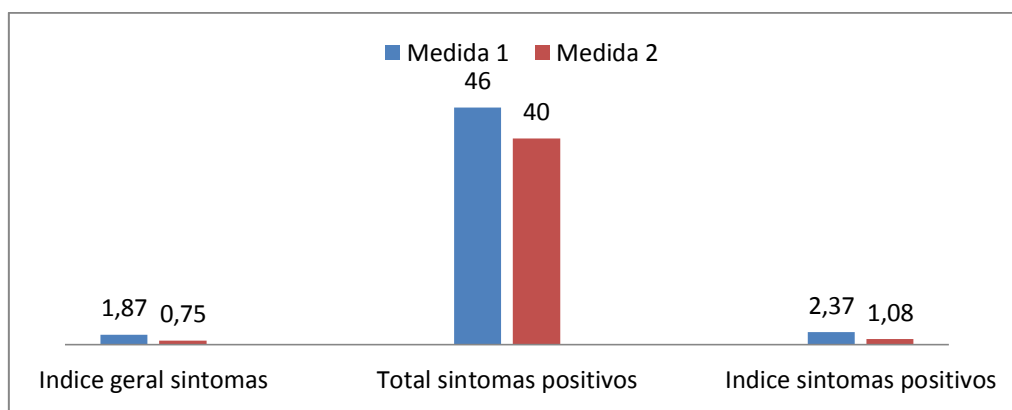


Gráfico 7: Psicopatologia geral

Como se pode observar a melhoria entre as duas avaliações é evidente.

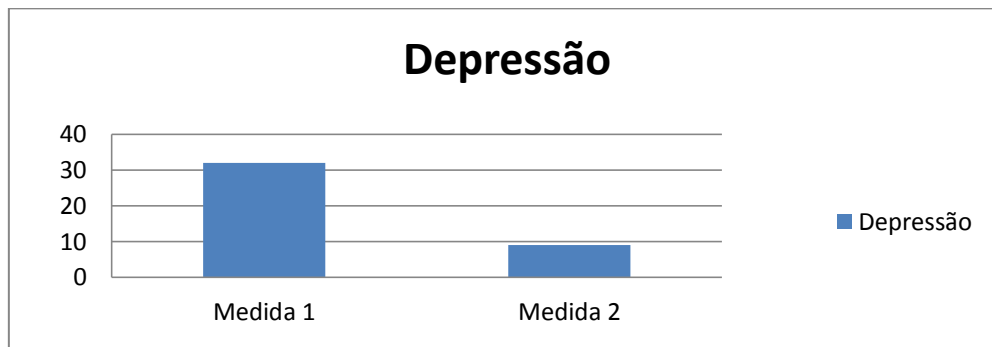


Gráfico 8: Avaliação da depressão

O gráfico que se segue ilustrar que o tratamento aumenta os afetos positivos e baixa os negativos.

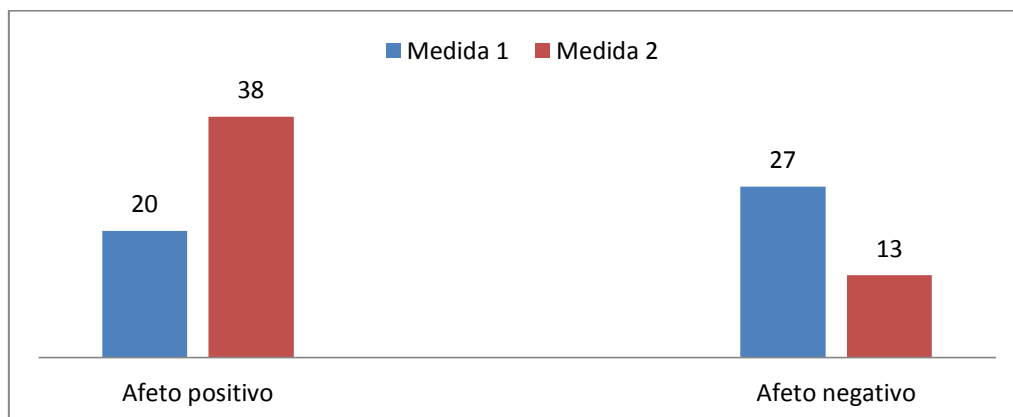


Gráfico 9: Afetos Positivos e Negativos

Como se verifica tanto a reflexão quanto a ruminação baixam apos a terapia.

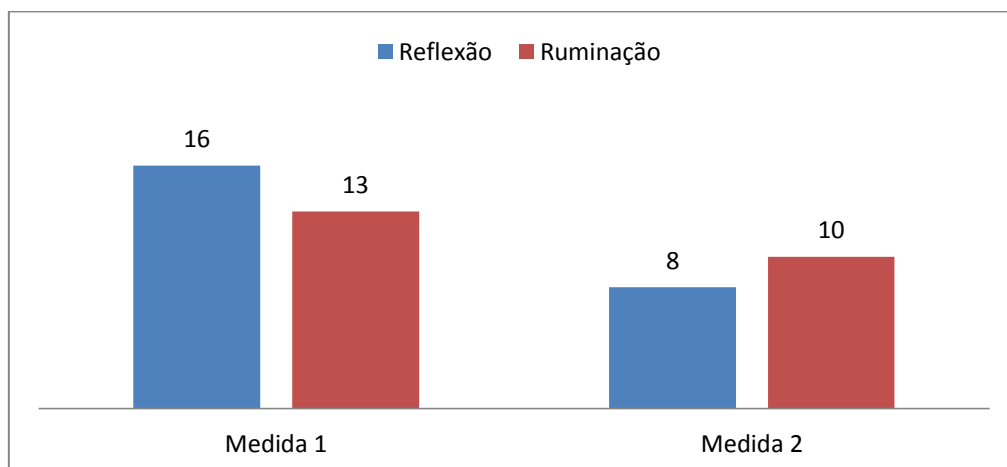


Gráfico 10: RRQ - - Questionário de Respostas Ruminativas

No que diz respeito ao auto compaixão o tratamento leva ao aumento do calor, da condição humana e do mindfulness e diminui a autocritica o isolamento e a sobre identificação. O gráfico que se segue ilustra o que acabamos de referir.

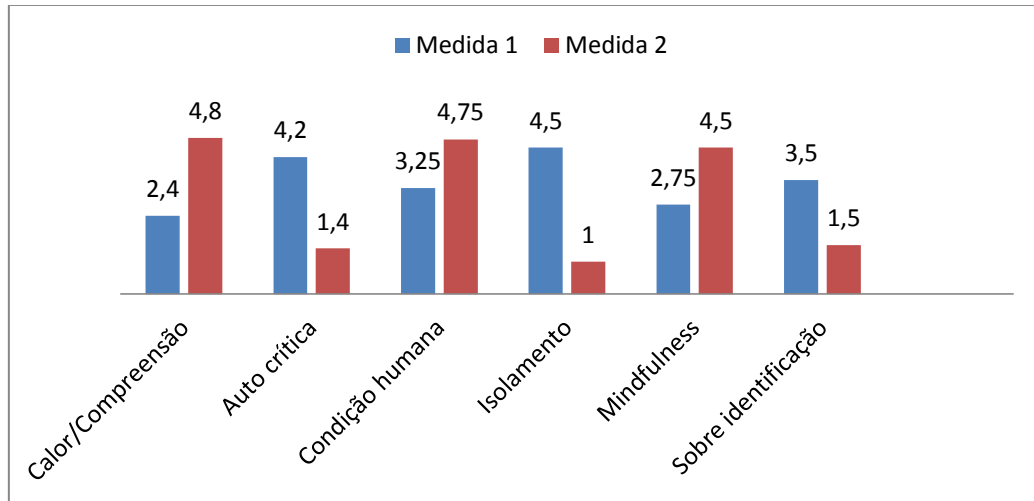


Gráfico 11:SEFCS - Escala de Auto Compaixão de Neff

Quanto aos sentimentos de derrota assistimos a uma descida acentuada da intensidade.

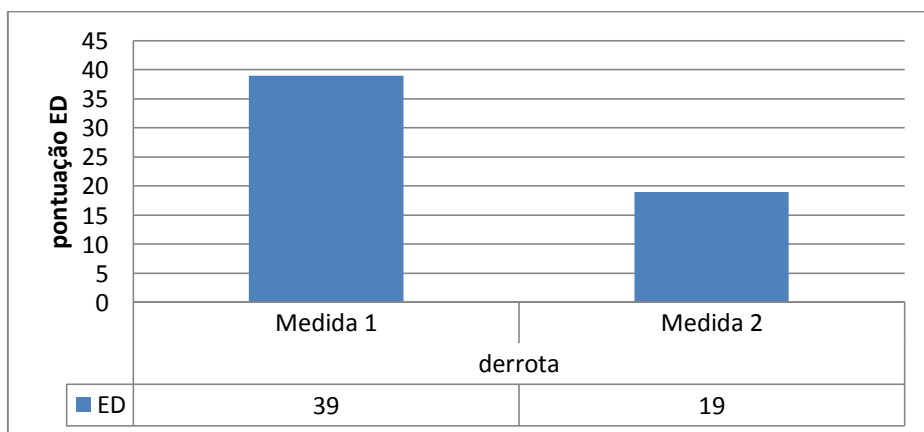


Gráfico 12: Sentimentos de derrota

No sentido inverso da derrota, o tratamento aumenta os níveis de aceitação e ação.

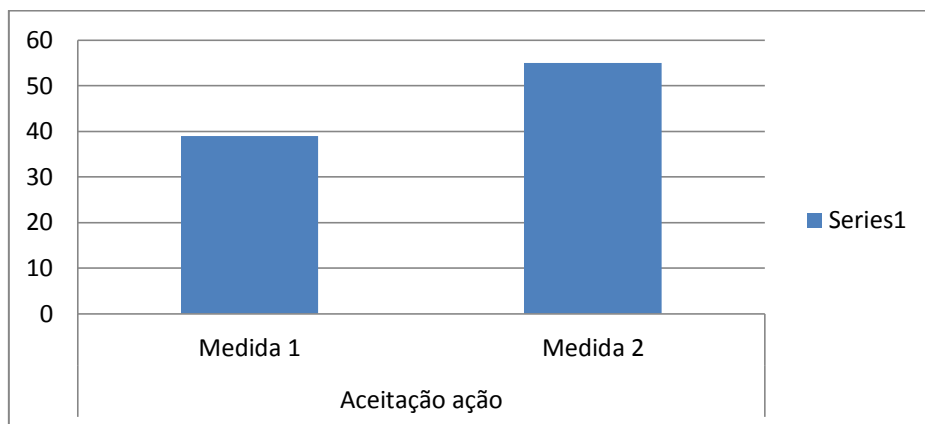


Gráfico 13: AAQ - Questionário de aceitação e Ação

Por fim avaliamos as diferenças de satisfação com a vida antes do relaxamento e 12 sessões de pois. Os resultados foram evidentes, levando a Gloria a situar-se quase no limite máximo da pontuação (25).

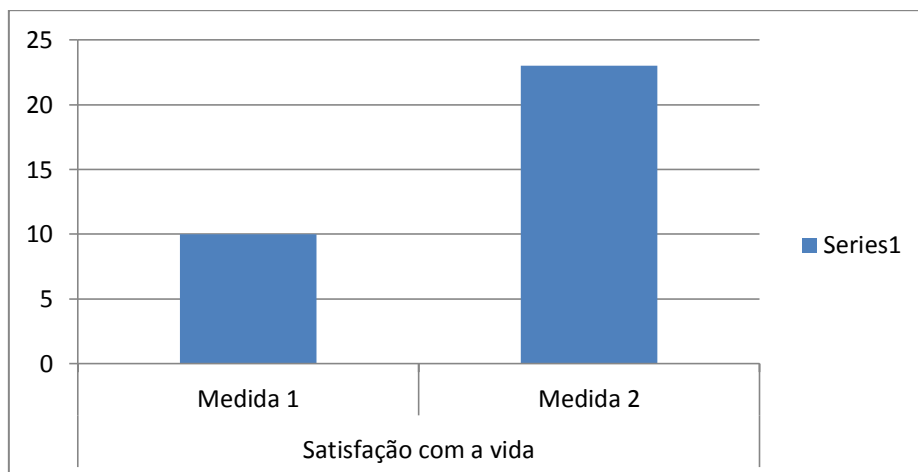


Gráfico 14:Satisfação com a Vida

Discussão

Ao observar as médias de cada questionário, os resultados da presente pesquisa, pode-se perceber que a Perturbação Bipolar que necessita de acompanhamento a longo prazo. Com efeito quando foi acompanhada mais de perto, a paciente, desenvolveu melhorias importantes, observáveis nas tabelas de resultados e comparação de questionários.

Infelizmente, neste tipo de internamentos o papel do psicólogo é um pouco secundário, ignorado muitas vezes. Na maioria das instituições, cabe apenas aos psiquiatras decidir quando é que as utentes têm alta, o que deixa muitas vezes o processo terapêutico inacabado ou mesmo no início. Neste caso em particular, foi possível terminar o processo, tornando possível comparar os resultados dos questionários entre o início e o final das doze sessões.

Ao longo de todas as sessões foi utilizado o Relaxamento antes da entrevista clínica. Durante todas as sessões e de forma não previsível, foram aplicadas várias técnicas de entrevista, tais como, o questionamento (perguntas abertas com dimensão cognitiva ou afetiva, como, “mas pode explicar-me melhor?”); a reflexão (fazer compreender a paciente que não só se percebe o que ela comunica, como se está a pensar no assunto, por exemplo, “então foi a partir daí que se sentiu mais só?”); a reformulação (consiste em reformular de novo, ou seja, dizer de outra forma o que se acabou de ouvir, “pois, assim tem muitas razões para ter o medo que tanto fala”); a exploração (esta aparece na interrogativa, com o intuito de se explorarem áreas da vida da Glória Mofino, como por exemplo, as questões colocadas a Glória Mofino sobre a sua infância); o humor (é usado para desdramatizar a situação e criar um distanciamento com o problema em questão, por exemplo, “mas para a cabeça estamos aqui nós para ajudar” (dito pela terapeuta a Glória Mofino); a interpretação (busca dar ou acrescentar sentido a algo expresso, por exemplo, “fala muito nos pensamentos negativos quando está em casa sozinha, mas quando vai fazer uma tarefa doméstica está-me a contar algo positivo”); a racionalização (é dado aqui um sentido aparentemente coerente, social ou até mesmo valorizado a um sentimento, comportamento ou pensamento, por exemplo, “mas isso é bom para as três, pois elas também devem sentir a sua falta”); e a autorrevelação (implica que o terapeuta fale de si, por exemplo, “olhe eu também gosto muito de estar com a minha avó (...) E não é por isso que gosto menos da minha avó, entende?”).

A relação terapêutica é a base para o sucesso e seguimento de qualquer terapia. Quando esta acontece fluentemente, o sujeito pode experienciar sentimentos cordiais em relação ao terapeuta, mostrando otimismo e gratidão pela terapia (Beck, et al., 1997). Glória Mofino demonstrou estes sentimentos durante as sessões, perguntando depois de cada uma “A Dr.^a vai cá estar Quinta-feira não vai?”.

A empatia e o acolhimento adequado do terapeuta são duas qualidades que a maioria dos investigadores parece considerar como sendo muito relevantes, embora não sejam suficientes, para o estabelecimento de uma boa aliança (Alexandra & Adam, 1999; Corbella & Botella, 2003)

O terapeuta deve estar atento ao que ocorre durante todo o processo. A sua capacidade para tal depende da quantidade e qualidade de informação que ele está em condições de recolher e que deverá utilizar para decidir as suas intervenções, bem como para avaliar o desenvolvimento do processo terapêutico

Deve também, ser empático o necessário para estabelecer um determinado grau de intercâmbio emocional com o cliente, para que ele se sinta seguro afetivamente e confiante o suficiente para pedir ajuda. Deve para tal, manter a relação terapêutica dentro de um marco de colaboração ativa (Soares, Botella, Corbella, Lemos, & Fernández, 2013)

No estudo de caso apresentado, Glória Mofino apresentou-se com sintomatologia depressiva, crises de choro, ansiedade, sentimentos de culpa, desesperança, feminismo, insónia, humor deprimido, dificuldade em concentrar-se e tomar decisões, perda de energia, baixa autoestima, auto confiança fraca, em labilidade emocional, gastos excessivos, pressão no discurso e dificuldade de controlo dos impulsos.

Do ponto de vista psicológico é possível ver uma personalidade assente no neuroticismo que vê os outros como interferentes, controladores e exigentes, usando de forma subtil um tipo de resistência passiva. Submissão parcial, acessos temperamentais, choro e gestos suicidas de forma a atenuar esse controlo ou intromissão.

Por outro lado, não aceita a crítica e tem uma visão de si como alguém especial, que tem a razão do seu lado e que a sua vida depende de si e da sua maneira de pensar. Deste modo, surge uma desadequação à realidade familiar e social, prejudicando o clima familiar.

O relaxamento cria um espaço para ser feita uma autoavaliação, para haver uma consciencialização da maneira como se respira, do bem-estar, ou do mal-estar a que qualquer pessoa se sujeita com a forma habitual de estar e pensar. Esta tomada de consciência muitas vezes conduz à resolução de problemas há muito enraizados na mente bem como a mudança da estrutura do pensamento (Dias, 2007).

Em suma, o relaxamento permite que a pessoa se torne mais consciente de si mesma e mais atenta ao seu interior, o que a leva a observar as reações emocionais a partir de outra perspetiva, percebendo muitas vezes que algumas das suas sensações corporais são criadas pelos seus pensamentos. O uso repetido de uma resposta de relaxamento previne ou melhora as perturbações mediadas pelo stress (Serra, 1999)

Neste caso é possível concluir que pode ter contribuído para a melhoria do estado depressivo da paciente, tendo em conta os resultados da psicoterapia aliada a esta técnica.

Conclusão

Ao concluir esta dissertação torna-se importante recuperar algumas considerações capazes de configurar a dimensão dos resultados encontrados e a relevância destes para o estudo. Ressalta-se que este foi um estudo de caso com uma paciente internada temporariamente com um diagnóstico psiquiátrico de Perturbação Bipolar Tipo II.

Esta Perturbação, enquanto importante problema de saúde, envolve uma complexidade de fatores que exigem um compromisso de quem pesquisa e dos clínicos na procura de conhecimentos que tornem possível a promoção de ações que permitam minimizar os prejuízos decorrentes desta perturbação. Sob esta perspectiva, a escolha do tema deste estudo reflete a preocupação em aprofundar conhecimentos e em oferecer informações sobre a melhor forma de ajudar estas pessoas.

O relaxamento ligado a ensinamentos e práticas milenares tem evoluído ao longo do tempo e tem vindo a ser amplamente usado.

Jacobson e Schultz foram os tutores dos trabalhos pioneiros do relaxamento. Jacobson comprovou cientificamente que a ansiedade pode ser diminuída através do relaxamento muscular, desenvolvendo o método do relaxamento muscular progressivo, que consiste na contração e descontração de determinados grupos musculares, progressivamente (Dias, 2007).

O relaxamento é uma ciência e uma arte (Smith, 1990). O paciente e o terapeuta tornam-se cientistas e artistas, experimentando e explorando, ativamente, ao mesmo tempo que constroem sequências de relaxamento com estrutura e significado. A metáfora de cientista é utilizada muitas vezes para descrever o papel do paciente na terapia comportamental. Por sua vez, conceptualizar o relaxamento como uma arte vai ao coração da própria terapia cognitivo-comportamental do treino de relaxamento. Assim, o dom do relaxamento é fazer exercícios de uma forma interessante e significativa, e aumentar a motivação do paciente para a sua prática; é a habilidade para tecer um conjunto complexo de combinações de exercícios de uma forma coerente e integradora, facilitando a sua retenção; é transformar o relaxamento num mecanismo de saúde, lembrando e focalizando crenças pessoais, valores e compromissos conducentes ao aumento da calma. Numa visão mais ampla, esta arte, é ajudar o paciente a descobrir uma fonte de calma e serenidade no meio das atividades da vida (Smith, 1990).

Para terminar, deve ser feita uma análise conclusiva dos resultados das questões colocadas em estudo.

Assim sendo:

(1) Após um mês de aplicação da terapia de relaxamento é possível concluir que houve uma acentuada melhoria em todos os sintomas psicopatológicos analisados.

(2) Foi também possível observar um aumento dos afetos positivos e uma diminuição dos negativos

(3) No que diz respeito à ruminação, verificou-se uma diminuição, tal como era previsto, no entanto, a reflexão diminuiu.

(4) Na avaliação dos sentimentos da auto-compaixão observou-se que houve um aumento da compreensão, diminuição na autocrítica, no isolamento e na sobre identificação.

(5) Quanto à aceitação, satisfação com a vida e sentimento de derrota, observou-se o aumento dos dois primeiros e uma diminuição do último.

É possível assim concluir, que a técnica de relaxamento contribui para a melhoria dos sintomas da Perturbação Bipolar II em fase depressiva.

Ao concluir este estudo, entende-se que foram atingidos os objetivos propostos, sendo produzido um conjunto de informações capazes de despertar o interesse por novas investigações e contribuições, no que se refere aos da Terapia Cognitivo Comportamental e o Relaxamento nos pacientes de Perturbação Bipolar II, em fase Depressiva.

Bibliografia

- Alexandra, B., & Adam, H. (1999). *The therapeutic relationship*. (pp. 133–178). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/11132-004
- Angst, J., & Marneros, A. (2001). Bipolarity from ancient to modern times: Conception, birth and rebirth. *Journal of Affective Disorders*, 67(1-3), 3–19. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11869749>
- Antoni, M. H., Ironson, G., & Schneiderman, N. (2007). *Cognitive Behavioral Stress Management Workbook*. New York: Oxford University Press.
- Araújo, C. F., & Shinohara, H. (2002). Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. *Interação em psicologia*, 6(1), 37–43.
- Beck, A T, Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561–71. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13688369>
- Beck, Aaron T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão - Beck* (p. 318). Artmed.
- Beck, Aaron T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive Muscle Relaxation: A Manual for the Helping Professions* (p. 66). Research Press.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676–88. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 611–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8370856>
- Canavarro, C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machdo, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa - Volume III* (pp. 305–331). Coimbra: Quarteto.
- Cardoso, F. (2009). *Coletivo de cuidados e o setting terapêutico na clínica fonoaudiológica*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Pimentel, P., & Maia, D. (2011). Derrota – conceito e avaliação: Características psico-métricas da versão portuguesa da Escala de Derrota (Defeat Scale). *Psychologica: Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, (54), 465–492. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316.2/5581>
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica: Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, (54), 203–230.
- Cheng, L.-Y., & Chan, S. (2005). Psychoeducation program for chinese family carers of members with schizophrenia. *Western journal of nursing research*, 27(5), 583–99; comment 600–3. doi:10.1177/0193945905275938
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación *. *anales de psicología*, 19(2), 205–221.
- Dias, M. I. (2007). *O treino de relaxamento como potenciador de sucesso educativo em jovens do 3.º ciclo*. Coimbra.
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2011). *Dependência Química - Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas*. Artmed.
- Dinis, A., Gouveia, J. P., Duarte, C., & Castro, T. (2011). Estudo de validação da versão portuguesa da Escala de Respostas Ruminativas – Versão Reduzida. *Psychologica: Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, (54), 175–201. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316.2/5587>
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2(XXIII), 219–227.
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological medicine*, 28(3), 585–98. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9626715>
- Gouveia, J. P., Carvalho, S., & Fonseca, L. (2007). *Pânico: da compreensão ao tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Batten, S. V, Stewart, S. H., & Bond, F. W. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model steven c. hayes. *The Psychological Record*, 54, 553–578.
- Jones, S. H., Sellwood, W., & McGovern, J. (2005). Psychological therapies for bipolar disorder: the role of model-driven approaches to therapy integration. *Bipolar disorders*, 7(1), 22–32. doi:10.1111/j.1399-5618.2004.00157.x
- Luebbert, K., Dahme, B., & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review.

- Psycho-oncology*, 10(6), 490–502. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11747061>
- Miller, C. J. (2011). *Progressive Muscle Relaxation as an Intervention to Reduce Manic Symptoms*. University of Miami.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *The American psychologist*, 64(6), 527–37. doi:10.1037/a0016830
- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. doi:10.1080/15298860309027
- Neto, N. A. (2003). *Psicoterapia Cognitivo-Comportamental: Possibilidades em Clínica e Saúde*. (Neves Neto AR, Ed.).
- O'Donohue, W., Fisher, J. E., & Hayes, S. C. (2003). *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. New York: Wiley.
- Pachankis, J. E., & Goldfried, M. R. (2007). On the next generation of process research. *Clinical psychology review*, 27(6), 760–8. doi:10.1016/j.cpr.2007.01.009
- Perlick, D. A., Hohenstein, J. M., Clarkin, J. F., Kaczynski, R., & Rosenheck, R. A. (2005). Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar disorders*, 7(2), 126–35. doi:10.1111/j.1399-5618.2004.00172.x
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential Avoidance in Clinical and Non-Clinical Samples : AAQ-II Portuguese Version. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(2), 139–156.
- Priberam. (2013). Bipolaridade. *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. Retrieved from <http://www.priberam.pt/dlpo/bipolaridade>
- Ramos, R. de L., & Chun, R. Y. S. (2009). O setting terapêutico na clínica de linguagem : estudo de caso de uma adolescente. Campinas: Universidade de Campinas.
- Rosenthal, R. N. (2008). Managing Depressive Symptoms in Substance Abuse Clients During Early Recovery. In *Center for Substance Abuse Treatment. Managing Depressive Symptoms* (Series 48., p. Appendix D—DSM–IV–TR Mood Disorders). Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Serra, A. V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Serra, A. V. (2005). *O Stress na Vida de Todos os Dias (3.^a Edição Revista e Aumentada)*. (Edição de autor, Ed.) (p. 780).

- Serra, A. V., & Abreu, J. L. P. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I – Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623–644.
- Siev, J., & Chambless, D. L. (2007). Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(4), 513–22. doi:10.1037/0022-006X.75.4.513
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (3), 503–515.
- Smith, J. C. (1990). *Cognitive-behavioral relaxation training*. New York: Springer Publishing Company.
- Soares, L., Botella, L., Corbella, S., Lemos, M. S. de, & Fernández, M. (2013). Diferentes estilos de clientes y construcción de la alianza con un terapeuta. *Revista Argentina de clinica psicológica*, XXII, 27–36.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered : A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247–259.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063–1070. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3397865>
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological bulletin*, 130(4), 631–63. doi:10.1037/0033-2909.130.4.631

Anexos